



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET DE SOINS / SAISON 2016-2017 (mineurs)

Je soussigné,.....
(père/mère/responsable légal*)

AUTORISE

mon enfant :
(Nom, prénom, numéro de licence)

- A pratiquer les disciplines de la fédération en compétition.
- A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales.

A, le.....

Signature :

*Entourer la mention utile

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPETITIONS FEDERALES